Dossier 2
Réalisé par le docteur **Jean-François MASSE**

Les grilles d'évaluation de la perte d'autonomie

Évaluation de la perte d'autonomie de la personne âgée à domicile et en EHPAD.

Responsable de projet

Dr Louis LÉVY l.levy@medsyn.fr
La Crignolée 17700 Breuil la Réorte tél. 05 46 51 56 50

8 - 10 boulevard Jourdan 75014 PARIS
? . 01 43 13 13 25 -? 01 43 13 13 19 - ✍ mgform@medsyn.fr

DOCUMENT II

LES GRILLES D'EVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (Établies à partir de la notion de besoins fondamentaux)

1. LA GRILLE AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources)

2. LA GRILLE MOSHON (Mobilité, Orientation, Sécurité, Hygiène, Occupation, Nutrition)

3. DOMAINES D'INCAPACITE dans le cadre de l'ALD hors liste (ex ALD 32) pour polypathologie invalidante

4. LA GRILLE COTOREP

5. Le PLAN de SOINS INFIRMIERS (projet à priori abandonné actuellement) et les 14 BESOINS FONDAMENTAUX de Virginia Henderson

6. LA DEMARCHE RAI

Les variables du modèle A.G.G.I.R.

(Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources.)

	A = Fait seul, habituellement, correctement B = Fait partiellement C = Ne fait pas
Cohérence converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	[____]
Orientation se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	[____]
Toilette du <u>haut</u> et du <u>bas</u> du corps assurer son hygiène corporelle (AA=A, CC=C, autres =B)	[____]
Habillage (<u>Haut</u>, <u>Moyen</u>, <u>Bas</u>) s'habiller, se déshabiller, se présenter. (AAA=A, CCC=C, autres =B)	[____]
Alimentation se <u>servir</u>, et <u>manger</u> les aliments préparés (AA=A, CC=C, BC=C, CB=C, autres =B)	[____]
Élimination urinaire et fécale assurer l'hygiène de l'élimination <u>urinaire</u> et <u>fécale</u>. (AA=A, CC=C, AC=C, CA=C, BC=C, CB=C, autres =B)	[____]
Transferts se lever, se coucher, s'asseoir.	[____]
Déplacements à l'intérieur. Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant.	[____]
Déplacements à l'extérieur. À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.	[____]
Communication à distance. Utiliser les moyens de communications: téléphone, alarme, sonnette.	[____]

Variables illustratives, n'intervenant pas dans le calcul du groupe iso ressources mais indispensables pour bâtir le plan de soins :

Gestion : gérer ses affaires, budget, se servir de l'argent, démarches administratives, formulaires.	
Cuisine : préparer des repas.	
Ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers.	
Transports : prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine).	
Achat : acquisition directe ou par correspondance.	
Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance de son médecin.	
Activités du temps libre : sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps.	

LA GRILLE AGGIR

GRILLE AGGIR UTILISEE DANS LA DETERMINATION DES GROUPES ISO RESSOURCES POUR L'OBTENTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE AUTONOMIE (APA)

La grille A.G.G.I.R (Autonomie Gérontologie) (Groupes Iso Ressources) permet d'évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Elle comprend dix variables discriminantes et sept variables illustratives.

L'observation porte sur les activités *effectuées seules* par la personne âgée, en excluant tout ce que font les aidants et les soignants. Si on évaluait ce que fait la personne avec les aidants et les soignants, on confondrait deux notions fondamentalement distinctes : les aptitudes et les performances.

De plus, c'est à partir des activités non effectuées que les aides et les soins nécessaires sont décidés (même s'il ne s'agit que *d'incitation* à rendre performante une aptitude !).

En revanche, les aides matérielles et techniques (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, poche de colostomie...) sont considérées **comme faisant partie** de la personne.

AGGIR comporte donc 10 variables discriminantes de la perte d'autonomie. Chaque variable a trois modalités:

- A: fait seul, totalement, habituellement et correctement, spontanément
- B: fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement
- C: ne fait pas

Habituellement est la référence au temps.

Correctement est la référence à l'environnement conforme aux usages et aux moeurs.

Attention à bien utiliser la modalité B : l a modalité B ne doit pas être utilisée lorsque l'évaluateur ne sait pas. Elle correspond à une définition précise. Dans le doute, on ré observe ce que fait la personne et on se pose la question de "faire seul, de façon partielle, correcte, habituelle". La notion "seule" correspondant à "fait spontanément seul"et suppose donc qu'il n'existe pas d'incitation extérieure.

AGGIR permet également de définir en fonction de la perte d'autonomie des groupes iso~ressources. Un groupe Iso ressources comprend les personnes (âgées) dont la perte d'autonomie nécessite une *mobilisation de ressources significativement proches*. Les individus ont été regroupés en six groupes iso ressources.

• Le groupe iso ressources I

Il correspond essentiellement aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale. En particulier le déplacement à l'intérieur est impossible: ils sont confinés au lit ou au fauteuil.

• Le groupe iso ressources II

Il correspond essentiellement à deux groupes de personnes âgées:

1) Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

2) Celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement faits.

• Le groupe iso- ressources III

I1 correspond essentiellement aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
Ainsi la toilette et l'habillage, l'hygiène ne sont pas faits ou partiellement faits De plus, l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire nécessite l'aide d'une tierce personne.

• Le groupe iso ressources IV

Il comprend essentiellement deux groupes de personnes:

1) Celles qui n'assument pas seuls leurs transferts mais qui, une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules.

2) Celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Ces personnes ne sont pas confinées au lit ou au fauteuil mais ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage.

• Le groupe iso ressources V

I1 comprend des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

• Le groupe iso ressources VI

Il regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante. Les variables illustratives permettent de préciser les profils des personnes concernées

L'ouverture du droit à l'allocation dépendance vient alors, ici, du fait du besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage.

Il est recommandé de photocopier la page comportant la grille **AGGIR** et de tenter de l'utiliser pour toute évaluation gérontologique. Le mode d'emploi détaillé est en ligne pour les utilisateurs du logiciel vendu par le syndicat national de gérontologie, **il est indispensable** pour calculer le groupe iso ressource. (On peut aussi demander le logiciel GALAAD d'aide à la décision en gérontologie disponible dans les caisses régionales d'assurance maladie).

Les groupes 5 et 6 au domicile:

En institution, l'environnement prend normalement en charge la continuité de la sécurité des personnes et fournit les denrées et autres produits nécessaires à la vie courante.

Au domicile, il en est tout autrement. Pour les groupes 5 et 6 il convient de prendre en compte deux nouvelles variables:

? le déplacement à l'extérieur;
? l'utilisation des moyens de communication à distance pour appel en cas de besoins

Les groupes 5 et 6 se répartissent donc en deux sous-groupes chacun :

? Sous-groupe A: la personne a besoin de tiers pour que soient apportés à son logement les produits nécessaires à la vie courante ou ne peut en cas d'urgence alerter son entourage. Il s'agit d'une personne confinée.
? Sous-groupe B : la personne n'a pas de problèmes majeurs et permanents sur ces deux points.

EVALUATION de l'AUTONOMIE A DOMICILE

GRILLE M.O.S.H.O.N de Sésam

(D'après les besoins fondamentaux de WOOD)

BESOINS	TESTS	CAPACITES	PERFORMANCE		RESSOURCES		
			OUI	NON	O	P	E
MOBILITE (M)	Appui unipodal	Fonction cardiorespiratoire					
	Get up and go test	Déplacement domiciliaire					
	Épreuve de Tinetti	Déplacement avec objets					
		Manipulation d'objets					
		Déplacement extérieur					
ORIENTATION (0)		Repérage spatial					
	Mots indicés	Repérage temporel					
	Qs de Macnair	Conscience de soi					
	IADL 4 items	Conscience d'autrui					
	MMS de Folstein	Identification d'objets					
		Adaptation gestuelle dans la vie courante					
SECURITE (S)	Diag. domiciliaire	Habitat sécurisé					
	Diagnostic sensoriel	Accès domi. par un tiers					
		Vue normale/compensée					
		Ouïe normale/compensée					
	Interrogatoire	Observance traitement					
		Communication extérieure (directe, tél.) possible					
	Observation	Contact ext. quotidien					
		Solitude diurne possible					
		Solitude nocturne possible					
	Test de relevage	Relevage solitaire possible					
	Etude budgétaire	Suffisance économique					
HYGIENE (H)		Toilette corporelle globale					
	Interrogatoire	Elimination urinaire					
	* de la personne	Elimination fécale					
	* de l'entourage	Habillage complet					
		Ménage domiciliaire					
		Lessive					
		Coupage des ongles					
OCCUPATIONS (O)	GDS de Yesavage	Compréhens° des situations					
	Interrogatoire	Adaptation aux situations					
	* de la personne	Conversation possible					
	* de l'entourage	Comportement adapté					
		Humeur et distraction					
		Sommeil					
	Observation	Entretien du domicile					
		Gestion du budget					
NUTRITION (N)		Fourniture des aliments					
	Interrogatoire	Préparation des aliments					
	* de la personne	Dentition adaptée					
	* de l'entourage	Fonct° digestive normale					
		S'alimente seul(e)					
	Observation	Alimentation équilibrée					
		Alimentation suffisante					

GRILLE MOSHON : Mode d'emploi

PRINCIPE : La grille explore de façon analytique et systématique chacun des 6 besoins fondamentaux.

BESOIN : Mobilité (M), Orientation (O), Sécurité (S), Hygiène (H), Occupation (O), Nutrition (N)
D'où son nom acrostiche : MOSHON

TEST : Pour chaque besoin fondamental un certain nombre de tests va aider à l'évaluation de la situation.
Insistons sur l'intérêt de l'interrogatoire de l'entourage pour ce qui concerne l'Hygiène, les Occupations et la Nutrition.

CAPACITE : Cette colonne liste l'ensemble des aptitudes correspondant à la satisfaction de chacun des besoins. Il est important de noter que certaines aptitudes se recoupent, ou que certaines incapacités (perte de l'aptitude) se regroupent obligatoirement. Il faut considérer qu'une seule incapacité (perte de l'aptitude correspondante) peut mettre le besoin en péril et justifie des mesures spécifiques.

PERFORMANCE : L'analyse ici résulte de l'étude de l'ensemble des paramètres majorant ou minorant telle ou telle incapacité.
Par souci pragmatique le choix sera forcément binaire, le simple risque étant côté NON à titre préventif.

RESOURCES : La dernière colonne permet de préciser dans le(s) quel(s) des 3 champs O.P.E doit se situer l'intervention. Toute performance cotée "NON" doit déboucher sur une intervention curative si l'incapacité n'est pas définitive, palliative si elle l'est.
Ce choix ne préjuge pas du champ (O.P.E) de l'étiologie car il n'y a pas toujours correspondance.
L'analyse de cette colonne permet la mise en place des prescriptions et/ou des interventions

NB : La simple comparaison de la colonne performance d'une grille à l'autre pour un même malade rend aisés le suivi, l'évaluation, l'adaptation et la mise en place de nouvelles ressources s'il y a lieu.

Rappel : Telle personne qui ne peut s'alimenter seule sera performante vis à vis de l'alimentation dès l'instant où une personne ressource la fait manger. Cet exemple illustre bien la différence entre inaptitude et performance.

DOMAINES D'INCAPACITES

1. INCAPACITE CONCERNANT LE COMPORTEMENT. Elle inclut: l'incapacité concernant la conscience de soi, l'incapacité en rapport avec l'orientation dans le temps et l'espace, celle concernant l'identification d'autrui ou des objets, concernant la sécurité personnelle, l'incapacité de comprendre, d'interpréter et de faire face à la situation, l'incapacité concernant l'acquisition de connaissances scolaires, professionnelles ou autres, l'impossibilité concernant les rôles familiaux, l'incapacité concernant les occupations (difficulté à organiser ou à participer à des activités scolaires, professionnelles ou de loisir par absence de motivation, par difficulté à coopérer avec d'autres ou à planifier correctement les activités), l'incapacité à gérer ses revenus et son patrimoine.

2. INCAPACITE CONCERNANT LA COMMUNICATION. Elle inclut: l'incapacité concernant la compréhension du langage oral, du langage écrit, l'incapacité concernant la réalisation du langage oral (difficultés à exprimer la pensée par le langage), l'incapacité concernant l'écoute, concernant la vision.

3. INCAPACITE CONCERNANT LA LOCOMOTION. Elle inclut les incapacités de marcher, de franchir les obstacles ou de monter les escaliers, de courir, de changer de position (se lever du lit, du fauteuil, de la chaise, se coucher, s'asseoir, changer de position au lit), l'incapacité l'utilisation du corps (difficulté à se déplacer tout en manipulant des objets)

4. INCAPACITE CONCERNANT LES MANIPULATIONS. Elle inclut les incapacités concernant le doigté, la préhension, l'incapacité d'atteindre un objet, l'incapacité concernant le fonctionnement du membre supérieur, l'incapacité de déplacer les objets.

5. INCAPACITE CONCERNANT LES SOINS CORPORELS. Elle inclut: l'incapacité concernant la continence (troubles de l'excrétion urinaire, troubles de l'excrétion fécale) l'incapacité concernant l'hygiène personnelle (faire la toilette complète, mettre ses vêtements), l'incapacité concernant la nutrition.

6. INCAPACITE CONCERNANT L'UTILISATION DU CORPS DANS CERTAINES TACHES. Elle inclut: les incapacités concernant les transports, concernant les moyens de subsistance, (faire les courses, la cuisine, la vaisselle), concernant les activités domestiques;

7. INCAPACITE REVELEE PAR CERTAINES SITUATIONS. Elle inclut: l'incapacité liée à la dépendance vis à vis de traitements continus nécessaires à la survie (comprend notamment la dépendance vis à vis d'un équipement permettant d'assurer artificiellement la survie grâce à des moyens d'action ou des soins particuliers, exemples: respirateur, dialyse, stimulateur cardiaque, valves et prothèses, greffe d'organe, régime alimentaire particulier) , l'incapacité concernant la résistance physique, les incapacités liées aux conditions climatiques, à l'intolérance au bruit, à la lumière artificielle, à l'intolérance aux contraintes du travail, ou liée à l'intolérance à d'autres facteurs de l'environnement physique

BESOINS FONDAMANTAUX selon l'ALD 32

(Polypathologie invalidante)
(Les domaines d'incapacité)

1. **Comportement**
   - ? conscience de soi et identification d'autrui
   - ? Orientation temps et espace
   - ? comprendre et s'adapter à une situation
   - ? Gestion de ses ressources pécuniaires
   - ? Occupations
2. **Communication**
   - ? Parler et comprendre
   - ? Écrire
   - ? Entendre - voir
3. **Locomotion**
   - ? Transports
   - ? Déplacement
4. **Manipulation**
   - ? Accès
   - ? Préhension
   - ? Déplacement
5. **Soins corporels**
   - ? Continence
   - ? Toilette
   - ? Habillage
   - ? Nutrition
6. **Activité domestiques**
   - ? Courses
   - ? Cuisine
   - ? Vaisselle
   - ? Lessive
7. **Observance**
   - ? Médicamenteuse
   - ? Matériel médical
   - ? Diététique

PRECISIONS SUR L'ALD 32 (Polypathologie invalidante)

SES PRINCIPES

? Soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois
? Polypathologie
? Caractère invalidant

LE CARACTERE INVALIDANT SE BASE sur la notion d'incapacité du schéma de Wood

L'incapacité correspond à toute réduction de la capacité d'accomplir une activité. Elle s'apprécie en terme d'action de l'individu et non pas d'un organe, d'un mécanisme.

Le caractère invalidant est à déterminer en fonction d'un domaine selon une table donnée et d'un degré d'incapacité allant de nul à important et très important:

Domaine normal : degré nul
Léger : degré 1
Moyen : degré 2
Important : degré 3
Absence, perte, impossibilité : degré 4

L'appréciation du caractère invalidant revient à déterminer la gêne ou la restriction de l'un ou plusieurs des 7 domaines (besoins fondamentaux) précisés dans la table correspondante jointe.

Il y est répondu en fonction des conclusions que tire le praticien des dires du patient et de son propre examen.

L'estimation du degré d'incapacité est certes subjective mais répond à des critères faciles à appréhender dans une fourchette où les deux bornes, le normal d'une part, l'impossibilité, la perte totale ou l'absence totale d'une capacité d'autre part, sont claires.

LE CARACTERE INVALIDANT SERA DEFINI par la présence au moins dans un domaine d'une incapacité jugée très importante ou, au moins dans deux domaines, d'une incapacité jugée importante.

Dossier médical

COTOREP
(Tampon-date)

N° dossier

N° agent instructeur

Ministère du travail
et des affaires sociales

Direction départementale du travail,
de l'emploi et de la formation professionnelle

Direction départementale
des affaires sanitaires et sociales

cerfa
N° 61-2274

PH 03

CERTIFICAT MÉDICAL
PERSONNE ADULTE HANDICAPÉE

Mon cher confrère,

En application du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient sous **pli confidentiel ce certificat médical,** pour qu'il le joigne à son dossier de demande.

Le guide-barème (décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993) s'appuie sur les concepts de l'Organisation Mondiale de la Santé **(déficience, incapacité, désavantage).**

Une **déficience** correspond à une atteinte des organes et des fonctions.

Une **incapacité** caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.

Le **désavantage social** qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Ce barème fixe les divers taux d'incapacité, **d'après l'importance de la déficience,** celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles et sur l'autonomie dans la vie quotidienne.

Pour permettre aux médecins de l'équipe technique d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) un taux d'incapacité équitable, **veuillez avoir l'obligeance de compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires.**

Je me permets de vous rappeler que l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la COTOREP sont astreints au secret médical (art. 378 du Code pénal).

Le médecin de la COTOREP est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Cachet

DESCRIPTION DES DÉFICIENCES *(complétez les rubriques concernant votre patient)*

Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement

(Troubles de la mémoire, de l'orientation temporospatiale, de l'humeur, de la vigilance, de la vie émotionnelle et affective, du comportement...) : _____

_____

_____

_____

_____

Déficiences liées à l'épilepsie — (Joindre le compte rendu du dernier EEG.)

Type : _____ Fréquences des cirses : _____

Troubles de la personnalité associés _____

_____

Déficiences de l'audition — (Joindre un audiogramme OD-OG sans appareillage).

Troubles associés (acouphènes, vertiges...) : _____

_____

Déficiences du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité, autre... : _____

En cas de mutité, une communication est-elle possible ? _____

Si oui, de quel type : _____

Déficiences de la vision

(Joindre un certificat médical ophtalmologique précisant *après correction* l'acuité visuelle pour chaque œil, de loin, de près, ainsi qu'un champ visuel binoculaire.)

Une amélioration est possible ☐ Impossible ☐

Médicalement ☐ Chirurgicalement ☐ Envisagée vers quelle date : _____

Autres troubles neuro-ophtalmiques (aphakies, annexes de l'œil...) : _____

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

(Joindre les résultats des examens complémentaires : ECG, épreuve d'effort, EFR, gaz du sang...)

Signes fonctionnels : _____

Signes de décompensation cardiaque : _____

Assistance respiratoire éventuelle : _____

Greffe : _____ Date : |_|_|_|_|_|_| Tolérance : _____

Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

(Joindre les résultats des examens complémentaires .)

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie, troubles hépatiques, troubles pancréatiques... : _____

_____

Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection) :

_____

Dialyse : oui ☐ non ☐ Fréquence hebdomadaire : _____

Greffe : oui ☐ non ☐ Date : |_|_|_|_|_|_| Tolérance : _____

Déficiences métaboliques, enzymatiques

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

Type de diabète, obésité, nanisme, autres... : _____

_____

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

(Joindre les résultats des examens complémentaires .)

_____

_____

Répercussion sur l'état général et psychique : _____

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

(Joindre les résultats des radios, scanners, etc.)

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés... : _____

_____

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance : _____

_____

Déficiences esthétiques

Séquelles de brûlures ou cicatrices ayant un retentissement sur la vie sociale et relationnelle, type, localisation :

_____

Conséquences des déficiences

Autonomie

A : Fait seul totalement, habituellement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : Ne fait pas

	A, B ou C
COHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...	

ACTIVITÉS MÉNAGÈRES : ménage, préparation des repas...	

Traitement médicamenteux

Nature : _____

Tolérance (préciser les effets indésirables notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs...) : _____

Fréquence des hospitalisations et/ou nécessité de rééducations spécialisées : _____

Retentissement du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel

Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéisme... : _____

_____

Nom du médecin du travail et joindre copie de la fiche d'aptitude : _____

A _____ le _____

Signature du médecin (cachet) :

LE PLAN de SOINS INFIRMIERS

De nouveaux actes sont prévus à la nomenclature. Ces actes concernent les personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente, quel que soit leur âge.

L'Elaboration d'un plan de soins infirmiers nécessaires à la réalisation de séances de soins infirmiers ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention d'un patient dépendant ou à la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre de vie familial et social :

Par plan de soins infirmiers, avec un maximum de 5 sur 12 mois, pour un même patient 3,5 AIS

Les éventuels plans de soins infirmiers prescrits au-delà de 5 sur 12 mois ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Cette cotation inclut :

a) *La rédaction du plan de soins infirmiers* qui résulte de :
1) l'observation et l'analyse de la situation du patient,
2) la détermination des buts à atteindre, des délais pour les atteindre, des actions de soins infirmiers ou de surveillance clinique infirmière et de prévention à effectuer ou de la mise en place d'un programme d'aide personnalisée.

b) *La rédaction du résumé* de plan de soins infirmiers qui comporte,

d'une part:

1) les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement,
2) le bilan des principaux problèmes en rapport avec la non-satisfaction des besoins fondamentaux, les buts assignés aux soins et les actions de soins mises en œuvre pour chacun des problèmes,
3) les autres risques présentés par le patient,
4) l'objectif global de soins.

d'autre part, la prescription :

1) de séances de soins infirmiers,
2) ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention,
3) ou de mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée,

ou:

1) de séances de soins infirmiers puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention,
2) la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention

c) *La transmission du résumé* du plan de soins infirmiers par l'infirmier au médecin qui le valide.
L'intégralité du plan de soins infirmiers est transmise au médecin prescripteur, au médecin conseil et au patient, à leur demande.
Le résumé du plan de soins infirmiers constitue le support de la demande d'entente préalable.

BESOINS FONDAMENTAUX de Virginia Henderson

1. Respirer
2. Boire et Manger
3. Éliminer
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture
5. Dormir et se reposer
6. Se vêtir et se dévêtir
7. Maintenir sa température corporelle dans les limites de la normale
8. Être propre, soigné et protéger ses téguments
9. Éviter les dangers
10. Communiquer avec ses semblables
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs
12. S'occuper en vue de se réaliser
13. Se récréer
14. Apprendre

plan de soins infirmiers -

(art……du code sécurité sociale)

plan de soins

démarche de soins infirmiers est citée dans le guide de service infirmier et le dictionnaire des soins infirmiers.
e est enseignée dans les instituts de formation.

patient

m-prénom âge

resse ou le patient peut être visité

vironnement humain et matériel

seul chez ses enfants intervention d'un tiers

en couple en structure lequel ?

autre préciser : fréquence d'intervention

nseignements complémentaires

hésion du patient pour la réalisation des soins ? oui non

lan des problèmes en rapport avec la non-satisfaction des besoins fondamentaux – analyse infirmière :

entourer le ou les numéros des besoins partiellement ou non satisfaits

respirer	3- éliminer	5- dormir-se reposer	7- maintien de la température du corps
boire-manger	4- mobilisation-posture	6- se vêtir-dévêtir	8- propreté et protection des téguments

porter ci-dessous, dans la colonne « besoins », par ordre d'importance pour l'état de santé du patient, le n° des besoins concernés - précisez

	exposé du problème	causes du problème		
		reliée(s) à la déficience identifiée par le médecin ? si oui, laquelle	reliée(s) à l'incapacité ou au comportement du patient ? si oui, laquelle, lequel	reliée(s) à l'environnement matériel, à l'entourage ou au déficit d'aide ? si oui lequel

Les actions infirmières seront décrites par : conseiller/expliquer/éduquer/stimuler/réapprendre/mobiliser/exécuter……

aluation des autres risques :

arres ou risque d'escarres : oui non autres risques :

aluation de l'autonomie globale du patient

variables discriminantes du modèle AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)	autonomie (2)
érence converser et/ou se comporter de façon sensée	
ntation se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
ette du corps assurer son hygiène corporelle	
illage s'habiller, se déshabiller, se présenter	
nentation manger les aliments préparés	
ination urinaire et fécale assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (AA=A,CC=C,AC=C,CA=C,BC=C,CB=C, autres=B)	
nsferts se lever, se coucher, s'asseoir	
lacements à l'intérieur avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant	
lacements à l'extérieur à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport	
munication à distance utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette	
tion gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
sine préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
nage effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
nsports prendre et/ou commander un moyen de transport	
at acquisition directe et ou par correspondance	
vi du traitement se conformer à l'ordonnance de son médecin	
vités du temps libre sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe temps	

°..... (reporter le numéro du plan de soins infirmiers dans la limite de 5 sur 12 mois) **date**

ssuré(e)

m-prénom

d'immatriculation

abitation n'est pas adaptée à sa capacité d'autonomie pourquoi ?

ıtériel utilisé lequel :

ormations complémentaires concernant l'environnement humain et matériel :

t du patient maigreur obésité

cueil et analyse des données fondés sur la méthodologie des 14 besoins fondamentaux

éviter les dangers 11 - agir selon ses croyances/valeurs 13 - se récréer

- communiquer avec ses semblables 12 – s'occuper en vue de se réaliser 14 - apprendre

aractère de l'incapacité = R pour régressive - P pour progressive - C pour compensable – S pour stabilisée

buts à atteindre (dans le délai de la prescription)	**actions à entreprendre ou à proposer**		
	sur la déficience (selon la prescription médicale)	sur l'incapacité et/ou le comportement du patient	sur l'environnement matériel, l'entourage ou le déficit d'aide

vi du domaine sur lequel l'infirmière se doit d'agir en fonction de l'objectif fixé.

jectif global des soins dans le cadre de ce plan (3)

une période maximum de 3 mois : curatif - adaptation - réadaptation - préventif de risque évalué - d'accompagnement **ou**

une période limitée à 15 jours : insertion - réinsertion - éducation de l'entourage

prescription(s) proposée(s) par l'infirmier(e)

ances de soins infirmiers (AIS 3) nbre par jour nbre par semaine

artis en passage(s) par jour, pendant semaine(s) ou mois

ogramme d'aide personnalisée (AIS 3,1) nbre par jour nbre par semaine

artis en passage(s) par jour, pendant jours

rveillance clinique infirmière (AIS 4) hebdomadaire bimensuelle mensuelle

ndant semaine(s) ou mois, à partir du :

te signature :

cachet de l'infirmier(e) (4)

Arrêté du 12 avril 1979, JO du 14 avril 1979,
Arrêté du 23 mars 1992, JO du 25 mars 1992,
Article 2 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993.

fait seul, habituellement, correctement : A fait partiellement : B ne fait pas : C

rayer les mentions inutiles

le cachet doit comporter le n° d'identification

oi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les nées vous concernant.

cerfa

n°

plan de soins infirmiers prescription

(art……., R 161-45 du code sécurité sociale)

volet 1
destiné à
l'infirmière
(1) voir au bas du
document

e patient et l'assuré(e) *(à compléter par le prescripteur et par l'infirmier(e) si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique)*

om du patient *(de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)*

rénom

exonération du ticket modérateur

LD | **K>=50** | **autre exonération** | **AT/MP** | **n° ou dat :**

transmission électronique de l'ordonnance (2) ☐

à remplir par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte Vitale, si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique par le prescripteur

° d'immatriculation de l'assuré(e)

ode de l'organisme de rattachement

° d'immatriculation du patient

défaut date de naissance

les déficiences et le contexte motivant la prescription d'un plan de soins infirmiers

existence ou absence de déficience portant sur		absence	existence	
			modérée	sévère
onctions cognitives	trouble de l'humeur			
	cohérence			
angage, parole				
udition				
ision				
onction gastro-intestinale				
onction cardio-respiratoire				
onction urinaire				
astication-déglutition				
otricité : membres supérieurs				
otricité : membres inférieurs				
roubles trophiques				
roubles de la maîtrise sphinctérienne vésicale				
roubles de la maîtrise sphinctérienne anale				

tat pathologique aigu oui non **retour d'hospitalisation** oui non

nature des actes infirmiers en cours ou prescrits simultanément

rgence **oui** **non**

signature du prescripteur ? **signature de l'infirmier(e)**

cachet du médecin (3)	date de la prescription	cachet de l'infirmière (3)	date d'exécution
	signature		signature

1) ce volet est transmis, sur sa demande, au service médical

2) les informations médicales sont à seule destination du service médical

3) comportant le n° d'identification

a loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire

…..

PP01-01

cerfa

n°

plan de soins infirmiers résumé

volet 1
destiné au
service médical

(art……)

plan de soin prescrit le **par le docteur**

le patient et l'assuré(e) *(à compléter par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)*

nom du patient *(de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)*
prénom
adresse où le patient peut être visité :
préciser : structure d'hébergement domicile autre
nom de l'assuré(e) *(de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)*
prénom
n° d'immatriculation de l'assuré(e)
code de l'organisme de rattachement
n° d'immatriculation du patient
à défaut date de naissance

exposé des problèmes

? **environnement humain et matériel** (1)

? **adhésion du patient pour la réalisation des soins ?** **oui** ☐ **non** ☐
? **état du patient** **maigreur** ☐ **obésité** ☐
? **bilan des problèmes en rapport avec la non satisfaction des besoins fondamentaux** (par ordre de priorité), reprendre les manifestations, lister les buts et les actions de soins

	exposé des problèmes	buts assignés aux soins	énoncé des actions de soins
1			
2			
3			

escarres ou risque d'escarres : oui non autres risques:

objectif global des soins

curatif d'adaptation de réadaptation préventif de risque évalué soins d'accompagnement
ou
d'insertion ou de réinsertion(3)

prescription(s) proposée(s) par l'infirmier(e)

séances de soins infirmiers (AIS 3) nbre par jour nbre par semaine
répartis en passage(s) par jour, pendant semaine(s) ou mois
dimanche/jour férié : oui non nbre de séances par jour entre 20 h et 8 h
programme d'aide personnalisée (AIS 3.1) nbre par jour nbre par semaine
répartis en passage(s) par jour, pendant jours, dim./jour férié oui non
surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4)
hebdomadaire bimensuelle mensuelle
pendant semaine(s) ou moi, à partir du :
date signatur :

cachet de l'infirmier(e)(2)

prescription médicale *(à compléter par le médecin)*

accord du médecin sur la prescription proposée par l'infirmier(e)
ou
prescription médicale alternative :

date signature

cachet du médecin (2)

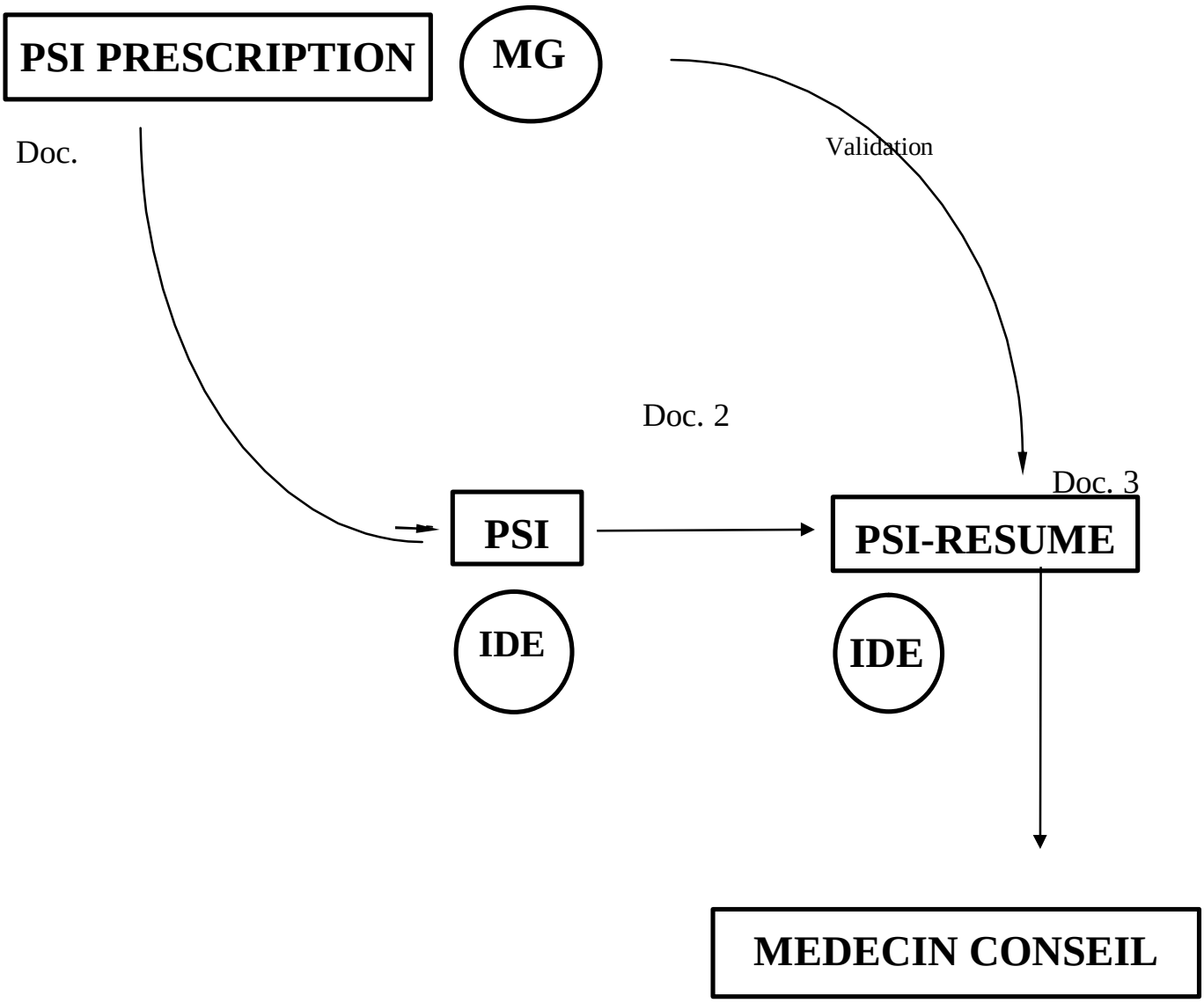
Avis du médecin-conseil :

(1) énoncé synthétique des items du plan de soins infirmiers (PSI) ayant une incidence sur l'autonomie du patient– souligner les carences éventuelles.
(2) le cachet doit comporter le n° d'identification
(3) au sens du décret relatif aux actes professionnels des infirmières
La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire

S ……

RP01-01

LE PLAN de SOINS INFIRMIERS



Dr Lucien Mias

Observation, analyse et synthèse...

...le R.A.I

"Résident Assessment Instrument"traduit en "Méthode d'évaluation du résident"
Version 1 (la version 2 en cours apporte quelques modifications après réflexions des utlisateurs)

- C'est une méthode...
  - d'évaluation globale durésidant qui prend en compte les différentes dimensions de l'être : physique, psychique, fonctionnelle, sociale, environnementale ainsi que les habitudes de vie.
  - qui permet d'élaborer un plan de soins individualisé.
  - bien adaptée à la démarche de soins engérontologie.
  - qui permettra de supprimer lagrille AGGIR à terme.

Trois étapes se succèdent.

La première étape

- Elle consiste à rassembler de façon systématique les informations issues de l'observation du résidant. Elle sedéroule au cours des deux premières semaines qui suivent l'entrée de la personne âgée en institution de longue durée, au moyen d'une grille de recueil de données, standardisées, codifiées, appelée **MDS** (**minimum de données standardisées**).
- Elle comprend 20 rubriques et 108 items.
- Elle est précise, pratique, il suffit de cocher les réponses prévues pour l'informatisation.
- Le résultat est une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle durésidant.
- De plus, le MDS est utilisé :
  - - Quand le résidant a **un problème de santé majeur**, c'est à dire un changement significatif de sonétat. défini par lemédecin.
  - - **Tous les trois mois**. Ce bilan trimestriel est réalisé à l'aide d'un MDS simplifié dans le but de s'assurer que les soins restent adéquats, ou bien qu'ils doivent être remaniés.
  - - **Tous les ans**. Cette évaluation annuelle a pour but de mettre enévidence si les problèmes de santé du résidant ont été améliorés ou s'il y en a de nouveaux nécessitant d'établir un nouveau plan de soins.

- **Les différentes sections du recueil de données MSD**
  (disposition modifiée dans la version 2)

- **Informations de base à l'admission** , qui concerne l'identification et les habitudes de vie.
- **État du résidant**
  À partir des imprimés type fournis par la Fondation Nationale deGérontologie nous avons édité des pages en vue de l'informatisation. Elles servent à l'exposé de ce jour pour faciliter la compréhension des items.
  - A : Identification et informations de base (12 items)page 1
  - B : État cognitif (6 items) page 1
  - C : Communication/audition (6 items)page 2
  - D : Vision (3 items) page 2
  - E : Problèmes physiques et fonctionnels (8 items)page 3 et 4
  - F : Bien être psychosocial (3 items) page 5
  - G : Humeur et comportement (7 items) page 5
  - H : Occupations (S items) page 6
  - I : Diagnostics médicaux (2 items) page 6
  - J : Problèmes de santé (3 items) page 7
  - K : État buccal et nutritionnel (4 items)page 7
  - L : État bucco-dentaire (1 item) page 7
  - M : Problème de peau (4 items) page 7
  - N : Médicaments (5 items) page 8
  - O : Procédures et traitements spéciaux (3 items) page 8
  - P : Rubriques complémentaires (7 items) page 9

La deuxième étape **utilise un tableau de synthèse appelé tableau d'alarme**

C'est l'analyse des informations collectées à l'aide du recueil de données MDS.

Cette étape permet le repérage d'un ou plusieurs problèmes de santé du résidant, appelés **signaux d'alarme, feux rouges ou clignotants attirant l'attention** et incitent à poursuivre la recherche d'informations dans des domaines de soins particuliers.

- Ils indiquent que le résidant a un problème de santé réel ou potentiel.
- Ils suggèrent la nécessité de prévoir une ou plusieurs interventions.
- Ils permettent la synthèse et la hiérarchisation des problèmes de santé.

La troisième étape

- Consiste, à partir des signaux d'alarme, **à réaliser une évaluation approfondie** et un examen supplémentaire : nouvelle observation, autre entretien
- Elle est réalisée au moyen de **protocoles standardisés concernant les dix-huit situations cliniques** les plus souvent rencontrées en gérontologie.

1. État confusionnel aigu (delirium)
2. Perte cognitive (démence)
3. Fonction visuelle
4. Communication
5. AVQ : potentiel réadaptation fonctionnelle
6. Incontinence urinaire et sonde urinaire
7. Bien-être psychosocial
8. Humeur
9. Problèmes de comportement
10. Occupations
11. Chutes
12. État nutritionnel

13. Alimentation par sonde
14. Déshydratation/équilibre liquidien
15. Soins dentaires
16. Escarres
17. Usage de médicaments psychotropes
18. Contention physique

- Les protocoles sont un guide pour rechercher et creuser les facteurs identifiés par le tableau d'alarme qui peuvent être à l'origine des situations observées.
  Ils suscitent le questionnement des soignants et leur permet de recourir à des recommandations élaborées favorisant la mise en place d'un plan de soins adapté et individualisé.
- **Le tableau d'alarme et les protocoles d'analyse représentent le chaînon principal et sont indispensables pour relier l'évaluation à l'élaboration des objectifs de soins,** qui tiennent compte certes, des déficits, mais surtout des capacités restantes.

Le décret du 15 Mars 1993 et l'infirmière

«Depuis de nombreuses années les équipes soignantes des établissements de soins de longue durées recueillent déjà systématiquement les informations nécessaires au MDS, mais sur des supports divers et variés, non homogènes. qui, faute d'être rassemblées et ordonnées sont souvent méconnues et sous utilisées. Avec la démarche RAI, les informations collectées à l'aide du Minimum de données standardisées sont toutes exploitées, grâce à la centralisation en un document unique, permettant un travail d'analyse efficace. C'est un outil fonctionnel, pratique, concret.
Il convient de rappeler que le décret du 15 Mars 1993 fait **obligation à l'infirmière de se référer aux diagnostics infirmiers pour élaborer son plan de soins.**
Dans cette optique, **le RAI est une réponse parfaitement adaptée à la gérontologie**, qui permet entre autres de faire ressortir les diagnostics infirmiers».
Colette Leone.

- **Le référent en France est le Pr J. C. Henrard**, Centre de gérontologie, Hôpital Sainte Périne, Laboratoire Santé-Vieillissement, EA 25.06, Université René Descartes, 49 rue Mirabeau, 75016 Paris.
  - Courrier électronique : henrard@idf.inserm.fr
- **Vous pouvez écrire pour les demandes d'information à** : Mme Evelyne MARCHON, Consultation de Gérontologie, 49 rue Mirabeau, 75016 PARIS
  - Courrier électronique : evelyne.marchon@spr.ap-hop-paris.fr

Bibliographie.
- FNG, RAI, Guide d'utilisation
- Henrard J. C., Cerase umay V., Ankri J., Intérêt du RAI pour l'évaluation de la qualité des soins de longue durée, La revue de Fériatrie, Tome 25, n°4, avril 2000, pages 231-242
- Leone Colette., Expérimentation d'une démarche de soins gérontologiques : RAI, revue Le Généraliste et la Gérontologie, n° 30, p 8, 1997
- Mias L. , Application informatique Carpediem, développée avec FileMakerPro 3 sur Macintosh.

- Pour rédiger ce texte, de nombreux emprunts ont été faits à l'article de Colette Leone (cadre supérieur infirmier, formatrice RAI, AP de Paris, Centre de formation du personnel hospitalier, 44 rue Jenner, 15013 Paris), paru en 97 dans la revue "Le Généraliste et la Gérontologie".
  Les imprimés sont ceux du CH de Mazamet ; leur mise en page diffère des imprimés types de la FNG.

20/07/97

RAI domicile

RECUEIL MINIMUM DE DONNEES- A DOMICILE (MDS-HC)
INFORMATIONS DE BASE A L'ADMISSION

AA. IDENTIFICATION DU CLIENT

1	NOM DU CLIENT	nom prénom
2	N° DOSSIER	
3	N° SEC. SOCIALE	

BB. RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

(remplir lors de l'admission seulement)

1	SEXE	1. masculin 2. féminin
2	DATE DE NAISSANCE	jour mois année
4	ETAT CIVIL	1. célibataire 3. veuf/ve 2. marié/e ou vivant maritalement 4. séparé/e 5. divorcé/e 6. autre
5	LANGUE MATERNELLE	0. français 1. autres, spécifier :…..……....
6	FORMATION (plus haut degré atteint)	*(Coder le plus haut degré atteint)* 1. aucune scolarisation 2. moins de 9 années de scolarité 3. 9 à 11 années de scolarité 4. bac ou maturité 5. école supérieure technique, de commerce, professionnelle 6. université – grandes écoles 7. inconnu
7	RESPONSABILITE/ DIRECTIVES POUR L'AVENIR	a. Le client a un représentant légal (tuteur, curateur) 0. non 1. oui b. Le client a exprimé des directives en vue d'un traitement méd. futur (p. ex. : volonté de ne pas être hospitalisé) 0. non 1. oui

	coder la réponse appropriée	✍	**cocher** toutes les réponses appropriées

CC. DESCRIPTION DE LA DEMANDE

1	DATE D'OUVERTURE OU DE REOUVERTURE DU DOSSIER	jour mois année	
2	MOTIF DE LA DEMANDE D'INTERVENTION	1. soins après hospitalisation 2. aide/soins à domicile *Evaluation pour être admis par :* 3. une institution 4. autres aides/soins à domicile 5. un centre de jour 6. autre	
3	LIEU DE VIE DU CLIENT AU MOMENT DE LA DEMANDE D'INTERVENTION	*Domicile privé :* 1. sans services d'aide à domicile 2. aide/soins à domicile 3. résidence de long séjour non-méd. 4. résidence de long séjour médic. 5. hôpital de soins aigus 6. hôpital psychiatrique 7. autre	
4	COMPOSITION DU MENAGE	1. vit seul 2. vit avec conjoint uniquement 3. vit avec conjoint etautre(s) 4. vit avec enfant mais sans conjoint 5. vit avec d'autres (ni enfant, ni conj.) 6. vit en résidence collective (sans parenté)	
5	LIEUX DE VIE DURANT LES CINQ ANS PRECEDANT LA DEMANDE D'INTERVENTION	*(cocher tous les lieux de résidence du client durant les 5 années précédant la date de demande d'intervention citée à la rubrique CC1)*	
		a. a vécu dans un établ. médico-social	a.
		b. a subi une (des) hospitalisation(s)	b.
		c.a vécu dans un ét. psychiatrique	c.
		d. a vécu dans une structure destinée à des personnes atteintes de retard mental ou de troubles du développement	d.
		e. a vécu en foyer-logement (logement protégé)	e.
		f. a déjà bénéficié de services à domicile	f.
		g. a déjà bénéficié de services de réadaptation	g.
		h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	h.
6	HISTOIRE RESIDENTIELLE	A déménagé vers la résidence actuelle dans les 2 années précédentes 0. non 1. oui	

Version US originale + modifications suivantes :

BB.5. codes 6. université
7. inconnu

CC.3. codes 5. hôpital de soins aigus
6. hôpital psychiatrique
7. autre

Me-Ti/jndp/10 nov. 96 – RAI France juin 1997

MDS-HC version N°10 du 09/05/1997
Copyright InterRAI Corporation, Washington D.C., 1994, 1996, 1997
Traduction JNDP 10.11.96 HG/JCH 26/06/97

RAI DOMICILE (MDS-HC)

RECUEIL MINIMUM DE DONNEES– ÉVALUATION EN VUE DE L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION

(Etat durant les 7 derniers jours, sauf autre indication)

A. INFORMATIONS CONCERNANT L'EVALUATION

1	DATE D'EVALUATION	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
2	RAISON DE L'EVALUATION	1. première évaluation 2. réévaluation (évaluation de suivi) 3. évaluation de routine à intervalle fixe 4. évaluation dans les 30 jours précédant la fin de l'intervention du service 5. évaluation au retour de l'hôpital 6. changement de l'état du client 7. autre

B. ETAT COGNITIF

1	MEMOIRE	Mémoire à court terme : le client semble se souvenir de quelque chose après 5 minutes 0. Mémoire OK 1. Probl. de mémoire
2	FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES	Comment le client prend-il ses décisions pour organiser sa journée ? (par ex. l'heure de se lever, de manger, les habits à porter ou les activités à accomplir) 0. INDEPENDANT – décisions logiques et raisonnables 1. INDEPENDANCE RELATIVE – Quelques difficultés dans les situations nouvelles 2. ALTERATION MODEREE – Peu d'autonomie : a besoin de simulation et de supervision 3. ALTERATION SEVERE – Ne prend pratiquement jamais de décisions
3	SIGNES D'ETAT CONFUSIONNEL (DELIRIUM)	a. Changement soudain ou nouveau des fonctions mentales du client. (p. ex. : capacité d'attention, perception de l'environnement, cohérence du discours, variation imprévisible en cours de journée) 0. non 1. oui — a. b. Durant les **3 derniers mois** (ou depuis la dernière évaluation si elle est plus récente), le client a-t-il été agité ou désorienté, au point que vous estimez que sa sécurité n'est plus assurée et qu'il convient de prendre des mesures d'aide ou de protection ? 0. non 1. oui — b.

C. COMMUNICATION / AUDITION

1	AUDITION	*Avec appareil auditif, s'il est utilisé, le client* 0. ENTEND BIEN – (conversation, TV, téléphone, sonnette) 1. DIFFICULTES MINIMES – dans un environnement bruyant 2. N'ENTEND QUE DANS CERTAINES SITUATIONS 3. ATTEINTE GRAVE – n'entend pratiquement rien
2	SE FAIRE COMPRENDRE	*Le client est-il capable de se faire comprendre ?* 0. EST COMPRIS 1. EST GENERALEMENT COMPRIS – difficultés pour trouver ses mots et aller au bout de sa pensée 2. EST PARFOIS COMPRIS – capacité limitée à l'expression de demandes concrètes 3. RAREMENT OU JAMAIS COMPRIS
3	CAPACITE A COMPRENDRE LES AUTRES	*Le client est-il capable de comprendre les autres ?* 0. COMPREND 1. COMPREND GENERALEMENT – risque de manquer une partie du message 2. COMPREND PARFOIS – répond adéquatement à un message simple et direct 3. COMPREND RAREMENT OU JAMAIS

	coder la réponse appropriée	✍	**cocher** toutes les réponses appropriées

MDS-HC version N°10 du 5 juin 1996
Copyright InterRAI Corporation, Washington D.C., 1994, 1996
Traduction JNDP 10.11.96 JCH/HG 4/12/96

D. VISION

1	VISION	*Capacité de voir, dans une lumière adéquate et avec des lunettes ou verres de contact, si utilisés* 0. BONNE. Distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres 1. UN PEU DEFICIENTE.. Ne lit que les gros caractères des journaux/livrres 2. DEFICIENTE.. Vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets 3. TRES DEFICIENTE. Semble suivre les objets des yeux, sans pouvoir les reconnaître 4. GRAVEMENT ATTEINTE. Ne distingue rien sinon la lumière, les couleurs ou les formes. Ne suit pas les objets des yeux.
2	LIMITATIONS OU DIFFICULTES VISUELLES	*Le client présente les symptômes suivants : halos ou cercles autour des lumières, un voile devant les yeux, éclairs lumineux* 0. non 1. oui
3	DETERIORATION DE LA VISION	*Y-a-t-il eu une détérioration de la vision au cours des **3 derniers mois (ou depuis la dernière évaluation) ?*** 0. non 1. oui

E. HUMEUR ET COMPORTEMENT

1	SIGNES DE DEPRESSION, D'ANXIETE OU DE TRISTESSE	*Coder tous les signes observés au cours des **30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation)**, quelle qu'en soit la cause* 0. signes non observés dans les 30 derniers jours 1. signes observés irrégulièrement (moins de 6 jours/semaine) 2. signes observés tous les jours ou presque (6 ou 7 jours par semaine)	
		a. Sentiment de tristesse, d'être déprimé, que la vie ne pas la peine d'être vécue, que rien ne compte, qu'on n'est utile à personne ou qu'il vaudrait mieux être mort	a.
		b. Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres (p. ex. : facilement dérangé, colère pour soins reçus)	b.
		c. Expression de craintes paraissant non fondées (p. ex. peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec les autres)	c.
		d. Plaintes somatiques répétées (ex. : cherche de façon persistante un avis médical, concerné de façon obsessionnelle par les fonctions corporelles)	d.
		e. Plaintes anxieuses et répétées (par ex. : demande constamment de l'attention / approbation concernant les horaires, repas, habits, relations avec autrui)	e.
		f. Visage exprimant tristesse, douleur; inquiétude (p.ex. : front soucieux)	f.
		g. Larmes et pleurs fréquents	g.
		h. Repli sur soi (p. ex. : perte d'intérêt pour des activités jusqu'ici appréciées ou à être avec sa famille/ses amis)	h.
		i. Relations sociales réduites	i.
2	COMPORTEMENT PROBLEMATIQUE	*Durant les 7 derniers jours, y a-t-il eu des circonstances où le client a manifesté les comportements suivants :* SI OUI, le problème a-t-il été facilement maîtrisé lorsqu'il est apparu ? 0. pas observé dans les 7 derniers jours 1. observé, mais facilement maîtrisé 2. observé et difficilement maîtrisé	
		a. DEAMBULATION se déplace sans but ni besoins apparents, au mépris de sa sécurité)	a.
		b. AGRESSIVITE VERBALE (menace, injurie, maudit autrui)	b.
		c. AGRESSIVITE PHYSIQUE (frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui)	c.
		d. COMPORTEMENT SOCIALEMENT INADAPTE / PERTURBATEUR (perturbe par ses cris, du bruit, se masturbe ou se déshabille en public, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, comport. répétitif, se lève tôt et dérange les autres)	d.
		e. S'OPPOSE AUX SOINS de manière agressive (p. ex. : jette les médicaments, bouscule l'aidant)	e.
3	CHANGEMENT DU COMPORTEMENT	*Les problèmes liés au comportement se sont–ils aggravés ou la tolérance de la famille a-t-elle diminué durant les 30 derniers jours ?* 0. non, pas de changement 1. oui	

F. FONCTION SOCIALE

1	RELATIONS AVEC LES AUTRES	a. Le client est à l'aise dans ses contacts avec autrui (par ex. aime à passer du temps avec d'autres personnes) 0. à l'aise 1. pas à l'aise	a.
		b. exprime ouvertement un conflit ou de la colère vis-à-vis de la famille ou des amis 0. non 1. oui	b.
2	CHANGEMENT DANS LES ACTIVITES	Durant les 6 derniers mois (ou depuis la dernière évaluation), y-a-il eu une diminution de l'implication dans des activités habituelles (sociales, religieuses, de loisir ou autres) ? SI OUI: le client souffre-t-il de cette situation ? 0. pas de diminution 1. diminution, le client n'en souffre pas 2. diminution, le client en souffre	
3	ISOLEMENT SOLITUDE	a. temps pendant la journée (matin et après-midi) où le client est seul 0. jamais seul ou presque 1. environ 1 heure 2. longue période (p. ex.: tout le matin) 3. tout le temps	
		b. le client dit ou indique qu'il se sent seul 0. non 1. oui	

G. AIDE DE L'ENTOURAGE

1	DEUX AIDANTS PRINCIPAUX a. Principal b. Second	a. Nom b. Prénom c. Nom d. Prénom		
			Aidant 1er	Aidant 2e
		e. Vit avec le client 0. oui 2. pas d'aidant (dans **ce cas**, 1. non **sauter à la section H**		
		f. Relation avec le client 0. (bel-)enfant 2. autre parent 1. époux 3. ami/voisin		
		DOMAINE DE L'AIDE 0. oui 1. non		
		g. aide affective, conseils		
		h. aide pour les AIVQ		
		i. aide pour les AVQ		
		Si besoin, l'aidant serait disposé à (et pourrait) augmenter son aide *Coder 0. de plus de 2 heures/jour* *1. entre 1 et 2 heures/jour* *2. non, ne peut pas*		
		j. aide affective		
		k. aide pour les AIVQ		
		l. aide pour les AVQ		
2	ETAT DE L'AIDANT PRINCIPAL	*(Cocher tout ce qui s'applique)* a. L'un ou l'autre aidant ne peut pas continuer son aide (p. ex. : déclin de sa propre santé) — a. b. L'aidant principal n'est pas content du soutien qu'il reçoit de la famille et/ou des amis (par ex. autre enfant du client) — b. c. L'aidant principal exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression — c. d. aucune de ces rubriques — d.			
3	QUANTITE D'AIDE DONNEEPAR L'ENTOURAGE (heures de soins arrondies)	Pour l'aide aux AIVQ et aux AVQ, donner la quantité d'aide globale reçue par le client de la part de sa famille, ses amis et ses voisins, au cours **des 7 derniers jours** **nb heures** a. temps total pendant les 5 jours ouvrables b. temps total pendant samedi et dimanche		

	coder la réponse appropriée	✍	**cocher** toutes les réponses appropriées

H. ETAT PHYSIQUE ET FONCTIONNEL

PERFORMANCE DANS LES ACTIVITES INSTRUMENTALES (**AIVQ**) ET PERSONNELLES (**AVQ**) DE LA VIE QUOTIDIENNE

1 **PERFORMANCE AIVQ.** Coder la performance du client dans les activités habituelles du ménage durant les **7 derniers jours.**

A. CODE DE PERFORMANCE AIVQ durant les **7 derniers jours**

0. INDEPENDANT, fait seul
1. AIDE PARTIELLE, reçoit de l'aide une partie du temps
2. AIDE TOTALE, est toujours aidé pour cette activité
3. L'activité est faite PAR D'AUTRES
8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE

B. CODE DE DIFFICULTE AIVQ : avec quelle difficulté le client a-t-il fait (ou pourrait-il faire) l'activité seul ?

0. PAS DE DIFFICULTE
1. QUELQUES DIFFICULTES (a besoin d'aide minime, est très lent, se fatigue)
2. DIFFICULTE IMPORTANTE (peu ou pas de participation à l'activité)

			(A)	(B)
a	**PREPARA-TION DES REPAS**	Comment a-t-il préparé ses repas ? (par ex., planifier les menus, cuire, rassembler les ingrédients, faire la cuisine, préparer les plats et les couverts)		
b	**MENAGE COURANT**	Comment a-t-il fait son ménage courant ? (par ex., épousseter, ranger, faire la vaisselle, les lits, la lessive)		
c	**GESTION DE L'ARGENT**	Payer les factures, veiller à l'équilibre des dépenses et des comptes ménagers		
d	**GESTION DE MEDICA-MENTS**	Comment a-t-il géré ses médicaments ? (par ex., se souvenir de les prendre, ouvrir les flacons, prendre le dosage correct, faire les injections, appliquer des pommades)		
e	**USAGE DU TELEPHONE**	A-t-il appelé ou reçu des appels lui-même (avec, si nécessaire, des aides techniques telles que des chiffres agrandis ou un amplificateur) ?		
f	**FAIRE LES COURSES**	S'est-il approvisionné par ses propres moyens ? (par ex., choisir la marchandise, payer)		
g	**TRANSPORTS**	Comment le client se déplace-t-il au delà d'un périmètre de marche ? (usage de véhicule privé ou public)		

2 **PERFORMANCE AVQ.** Coder les performances du client dans les activités personnelles de la vie quotidienne durant les **7 derniers jours**. (Pour un client qui a accompli l'activité de façon indépendante, essayez de savoir si d'autres personnes l'ont encouragé ou supervisé)

0. **INDEPENDANT :** sans aide ni surveillance **OU** aide/surveillance apportée 1 à 2 fois dans les 7 derniers jours
1. **SUPERVISION :** surveillance, encouragement ou indication donnés 3 fois ou plus dans 7 derniers jour **OU** supervision (trois fois ou plus) **et** assistance physique donnée 1 ou 2 fois dans les 7 derniers jours
2. ASSISTANCE PARTIELLE : client très participant à l'activité, a reçu 3 fois ou plus une aide physique pour la mobilisation de ses membres **OU** aide ne nécessitant pas de force physique – (client actif)
3. **ASSISTANCE IMPORTANTE :** bien que le client accomplisse une partie de l'activité, les aides suivantes ont été nécessaires 3 fois ou plus (dans les 7 derniers jours) :
   - aide nécessitant de la force (client passif), **OU**
   - activité effectuée par d'autres à la place du client pendant *une partie seulement* des 7 derniers jours
4. **ASSISTANCE TOTALE :** d'autres exécutent en permanence l'activité à la place du client durant les 7 jours
8. **L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE :** au cours des 7 derniers jours, quelles qu'elles que soient les capacités du client

a	**MOBILITE DANS LE LIT**	Se redresser, s'étendre, se tourner et bouger dans son lit.	
b	**TRANSFERT**	Se mouvoir de ou vers le lit, fauteuil, fauteuil roulant, se mettre en position debout (SAUF baignoire, W-C). Si client confiné au lit, codez 8.	
c	**DEPLACEMENT A L'INTERIEUR**	p. ex. : de la chambre à coucher à la salle de bains, à la cuisine, etc. (Remarque : en fauteuil roulant : indépendant une fois installé)	
d	**S'HABILLER**	Comprend : préparer ses vêtements, les sortir de l'armoire, les enfiler et les enlever.	
e	**MANGER, BOIRE**	Comprend : prendre la nourriture et les boissons par n'importe quel moyen, y compris une sonde gastrique.	
f	**W-C**	Comprend l'utilisation des toilettes, de la chaise percée du vase, de l'urinal, le transfert vers ou depuis le siège, le fait de s'essuyer, de changer ses protections, de s'occuper d'une sonde urinaire ou d'une poche de colostomie, de remettre ses vêtements.	
g	**HYGIENE PERSONNELLE**	Comprend : se laver les dents, se coiffer, se raser, se maquiller, se laver et essuyer le visage, les mains et les parties génitales (bain et douche exclus)	

MDS-HC version N°10a. du 5 mai 1997
Copyright InterRAI Corporation, Washington D.C., 1994, 1996, 1997 trad. jndp dv
10.11.96 JCH/HG juin 1997

H. Etat physique et fonctionnel (suite)

3	**BAIN, DOUCHE**	**Dans les 7 derniers jours**, toilette complète (bain, douche, lavabo) à l'exclusion du lavage du dos et des cheveux 0. **INDEPENDANT**, a fait seul 1. **SUPERVISION**, surveillance, encouragement 2. **AIDE LIMITEE** à l'entrée et à la sortie 3. **AIDE PARTIELLE** pour le bain 4. **DEPENDANCE TOTALE** 8. **ACTIVITE PAS ACCOMPLIE DANS LES 7 DERNIERS JOURS**	
4	**MODE DE DEPLACEMENT**	*Coder ce qui s'applique* 0. sans moyen auxiliaire 3. scooter (ex. Arrigo) 1. canne 4. fauteuil roulant 2. déambulateur 5. act. non accomplie a. déplacement à l'intérieur b. déplacement à l'extérieur	
5	**MONTER ET DESCENDRE LES ESCALIERS**	*Coder la performance durant les **7 derniers jours** ou, si l'activité non accomplie, la capacité du client* 0. monter et descendre sans aide (y.c. tenir la rampe si nécessaire 1. monter et descendre sans aide **SI L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE** 2. pourrait le faire sans aide 3. pourrait le faire avec aide 4. incapable de le faire 8. NE SAIT PAS. Le client n'a pas accompli l'activité et l'évaluateur ne peut pas juger si la capacité existe	
6	**ENDURANCE**	a. *Nb de jours* où le client sort du logement ou de l'immeuble, même sur un court moment. Coder pour une **semaine normale,** dans les **30 derniers jours** 0. chaque jour 2. 1 jour/semaine 1. 2-6 jours/semaine 3. aucun jour	a.
		b. Nb d'heures d'activité physique (p. ex. : marcher, faire le ménage, exercices) dans les **7 derniers jours** 0. 2 heures et plus 1. moins de 2 heures	b.
7	**POTENTIEL FONCTIONNEL**	*Cocher tout ce qui s'applique* a. Le client se sent capable d'atteindre une indépendance accrue pour les AVQ, AIVQ, la mobilité	a.
		b. Les aidants estiment que le client peut atteindre une indépendance accure pour les AVQ, AIVQ, la mobilité	b.
		c. Bonnes perspectives de guérison d'une maladie en cours ou d'un problème de santé, une amélioration de l'état de santé est attendue	c.
		d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d.

I. CONTINENCE dans les 14 derniers jours

1	**URINES**	Contrôle de la fonction urinaire de la vessie, y. c. avec sonde urinaire (si utilisée) ou mictions programmées durant les **14 derniers jours (et nuits)** (Note : ne pas considérer les pertes minimes qui ne traversent pas les sous-vêtements) 0. **CONTINENT :** contrôle complet 1. **HABITUELLEMENT CONTINENT :** épisodes d'incontinence 1 fois par semaine ou moins 2. **OCCASIONNELLEMENT INCONTINENT :** épisodes d'incontinence deux fois par semaine au moins mais pas chaque jour 3. **FREQUEMMENT INCONTINENT :** incontinence quasi quotidienne, avec cependant persistance d'un contrôle 4. **INCONTINENT :** contrôle inadéquat, épisodes quotidiens multiples	
2	**MOYENS DE PROTECTION**	Cocher tout ce qui s'applique dans les ***14 derniers jours ou depuis la dernière évaluation*** a. protections (p. ex. : couches, serv., hygiène.)	a.
		b. sonde urinaire à demeure	b.
		c. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	c.

	coder la réponse appropriée	✍	**cocher** toutes les réponses appropriées

MDS-HC version N°10a. du 5 mai 1997
Copyright InterRAI Corporation, Washington D.C., 1994, 1996, 1997
trad. jndp 10.11.96 JCH/HG juin 4/12/96

I. continence (suite)

3	**CONTINENCE FECALE**	***Durant les 14 derniers jours*** : contrôle des selles (à l'aide d'un programme spécifique ***éventuellement***) (fuites ne traversant pas les sous-vêtements) 0. **CONTINENT** : contrôle complet 1. **HABITUELLEMENT CONTINENT** : épisodes d'incontinence moins d'une fois par semaine 2. **OCCASIONNELLEMENT INCONTINENT** : épisodes d'incontinence une fois par semaine 3. **FREQUEMMENT INCONTINENT** : épisodes d'incontinence 2-3 fois par semaine 4. **INCONTINENT** : tout le temps ou presque

J. DIAGNOSTICS MEDICAUX

Présence de maladie/infection déclarée par le médecin traitant et qui affecte l'état du client. Requiert traitement ou contrôle des symptômes. Comprend aussi maladie requérant actuellement la surveillance d'un professionnel ou ayant causé une hospitalisation dans les **3 derniers mois (ou depuis la dernière évaluation).**

Code 0. **ABSENT**
2. **PRESENT, MAIS NON TRAITE OU SUPERVISE** par infirmière à domicile
3. **PRESENT ET TRAITE OU SUPERVISE** par infirmière à domicile

| | | |

K. Problèmes de santé et mesures préventives (suite)

3	**PROBLÈMES DE SANTÉ durant la dernière semaine**	Cocher les troubles présents **à tout moment au cours des 7 derniers jours** **SANTÉ PHYSIQUE** a. changement dans les expectorations b. douleur de poitrine (précordiale) pendant l'exercice ou à la pression au repos c. constipation dans au moins 4 des 7 derniers jours d. étourdissements, maux de tête e. œdème f. essoufflement, dyspnée **SANTÉ MENTALE** g. idées délirantes h. hallucinations i. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. c. d. e. f. g. h. i.
4	**DOULEURS**	a. Se plaint ou fait montre de douleurs (dans les **7 derniers jours**) Codez : 0. aucune douleur (**sauter à la rubrique 4.e.**) 1. douleur, mais pas chaque jour 2. douleur quotidienne b. douleur inhabituellement intense 0. non 1. oui c. l'intensité de la douleur perturbe les activités 0. non 1. oui d. caractère de la douleur 0. aucune douleur 1. douleur localisée à un seul endroit 2. douleurs à de multiples endroits e. la douleur est-elle maîtrisée par des médicaments ? 0. aucune douleur 1. la douleur non maîtrisée par les médic. 2. la douleur est maîtrisée totalement ou partiellement par les médicaments	
5	**CHUTES (FREQUENCE)**	*Nb de chutes* du client dans les **6 derniers mois** (ou depuis la dernière évaluation) *Si aucune chute, coder 0. Si plus de 9, coder 9.*	
6	**CHUTES,** **(RISQUE)**	a. démarche instable 0. non 1. oui b. le client restreint ses sorties à l'extérieur de peur de tomber (p. ex : crainte d'utiliser le bus, ne sort qu'accompagné) 0. non 1. oui	
7	**HABITUDES DE VIE** **(ALCOOL, TABAC)**	a. dans les **3 derniers mois**, le client a ressenti le besoin ou a été poussé par d'autres à diminuer ses boissons alcooliques, **OU** d'autres personnes se font du souci pour la façon dont le client boit 0. non 1. oui b. dans les **3 derniers mois**, le client buvait un verre dès son réveil le matin, **OU** a eu des problèmes liés à l'alcool 0. non 1 oui c. au cours d'une **semaine normale** du **dernier mois**, noter le nombre de jours où le client a bu un verre ou plus d. les jours où le client a bu de l'alcool, noter le nombre de verres bus dans la journée. *Codez :* 0. si aucune boisson alcoolique, 9. si plus de 9 verres e. fume ou chique du tabac quotidiennement 0. non 1. oui	
8	**INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ**	*Cocher tout ce qui s'applique* a. si on le lui demande, le client déclare qu'il se sent en mauvaise santé b. a des maladies qui rendent instable son état cognitif, ses AVQ, son humeur/son comportement (fluctuations, précarité, détérioration) c. période aiguë d'un problème chronique ou récurrent d. traitement modifié dans **les 30 derniers jours** à cause d'un nouvel épisode d'une affection aiguë e. pronostic vital inférieur à 6 mois (p. ex : le médecin a dit à la famille que le client a atteint le stade terminal de sa maladie f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. c. d. e. f.
9	**AUTRES INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ**	*Cocher tout ce qui s'applique* a. a peur de l'entourage ou d'un aidant b. hygiène déplorable c. blessures, fractures ou brûlures inexpliquées d. client laissé pour compte, abusé ou maltraité e. client contraint physiquement (p. ex : attaché à sa chaise, contention des membres, utilisation de barrières de lit) f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. c. d. e. f.

L. ÉTAT NUTRITIONNEL, HYDRATATION

1	**CHANGEMENT DE POIDS**	Perte de poids de 5 % ou plus dans **les 30 derniers jours**, ou de 10 % ou plus dans **les 6 derniers mois** 0. non 1. oui	
2	**CONSOM-MATION DE NOURRITURE ET DE LIQUIDE**	a. durant au moins **4 des derniers 7 jours**, le client a mangé un seul repas par jour ou moins 0. non 1. oui b. dans **les 3 derniers jours**, diminution visible de la quantité de nourriture ou de liquide consommée 0. non 1. oui c. insuffisance de liquide : le client n'a presque pas bu dans **les 3 derniers jours** 0. non 1. oui	
3	**TRAITEMENTS**	Nb jours où client a reçu les soins d'un professionnel dans **les 7 derniers jours** a. perfusion ou hydratation intraveineuse (sauf nutrition parentérale) b. absorption de liquide par la bouche c. nutrition parentérale (TPN ou lipides) d. nutrition entérale, sonde	

M. ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

1	**ÉTAT DE LA BOUCHE**	*Cocher tout ce qui s'applique* a. problème de mastication ou de déglutition (par ex. : douleur en mangeant) b. impression d'avoir la bouche sèche en mangeant c. difficulté à se brosser les dents ou à entretenir son appareil dentaire d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. c. d.

N. PROBLÈMES DE LA PEAU ET DES PIEDS

1	**PROBLEME DE PEAU**	Problème de peau gênant **durant les 30 derniers jours** (par ex : brûlures, lésions, rougeur, démangeaisons, poux, gale) 0. non 1. oui	
2	**ULCERES**	Présence d'un ulcère n'importe où sur le corps. Un ulcère se définit comme une zone de rougeur permanente (stade 1), une perte partielle des couches de la peau (stage 2), un cratère profond dans la peau (stade 3), des lésions de la peau exposant le muscle ou l'os (stade 4). *Coder 0* s'il n'y a pas d'ulcère, sinon coder le stade le plus avancé (stades 1 à 4) a. **Escarre (ulcère de pression).** Lésion causée par pression qui endommage les tissus sous-cutanés b. **Ulcère de stase.** Lésion ouverte causée par une mauvaise circulation dans les membres inférieurs.	
3	**AUTRES PROBLÈMES**	*Cocher tout ce qui s'applique* a. brûlures (2e ou 3e degré) a. lésion cutanée ouverte autre qu'un ulcère, éruption, coupure b. c. coupure ou déchirure de la peau a. b. c. **Plaie chirurgicale** d. au thorax e. à l'abdomen f. aux extrémités g. autre AUCUNE DE CES RUBRIQUES	?
4	**ANTÉCÉDENTS D'ULCÈRES**	Le client a eu auparavant ou a actuellement un ulcère n'importe où sur le corps 0. non 1. oui	

	coder la réponse appropriée	✍	**cocher** toutes les réponses appropriées

MDS-HC version N°10 du 5 mai 1997
Copyright InterRAI Corporation, Washington D.C., 1994, 1996,1997
Traduction JNDP 10.12.96 JCH/HG juin 1997

N. PROBLÈMES DE LA PEAU ET DES PIEDS (suite)

5	SOINS DE PLAIE OU D'ULCERE	Code A.. Application du traitement 0. pas utilisé 1. le client le fait seul 2. est fait partiellement par d'autres 3. est fait totalement par d'autres		
		Code B Nb jours où le client a reçu les soins d'un professionnel dans les 7 derniers jours	A	B
		a. antibiotiques généraux ou locaux		
		b. pansements		
		c. oxygène hyperbare		
		d. moyens pour réduire/enlever la pression		
		e. nutrition ou hydratation		
		f. tourner, changer de position		
		g. débrider		
		h. soins de plaie chirurgicale		
6	PROBLEMES DES PIEDS	Cocher tout ce qui s'applique a. cors, callosités, troubles statiques, infections, champignons	a.	
		b. lésion ouverte au pied	b.	
		c. pieds non examinés dans les **3 derniers mois** par le client ou par d'autres	c.	
		d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d.	

O. EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT

1	LOGEMENT HABITAT	Le logement du client est-il inhabitable ou dangereux en raison de : Cochez tout ce qui s'applique	
		a. éclairage le soir (p. ex : éclairage inadéquat ou pas d'éclairage dans la pièce de séjour, la chambre à coucher, la cuisine, les toilettes, le corridor)	a.
		b. sol, tapis (par ex : trous dans le sol, fils électriques sur le passage, tapis glissants)	b.
		c. salle de bain et W-C (p. ex : toilettes ne fonctionnant pas, fuites d'eau, pas de barrières là où c'est nécessaire , douche glissante, W-C extérieurs)	c.
		d. cuisine (p. ex : cuisinière dangereuse, réfrigérateur en panne, cuisine infestée (rats, cafards…)	d.
		e. chauffage, climatisation (p. ex : trop froid en hiver, trop chaud en été, chauffage au bois chez asthmatique)	e.
		f. sécurité de la personne (par ex : peur d'être violente, problème de sécurité pour chercher son courrier ou rendre visite aux voisins, circulation intense dans la rue)	
		g. accessibilité du logement (p ex : difficulté pour entrer ou sortir du logement)	g.
		h . accessibilité des chambres à l'intérieur du logement (p ex : incapable de monter les escaliers)	h.
		i. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	i.
2	CADRE DE VIE	Cocher tout ce qui s'applique f. Par rapport à il y a **3 mois**, le client habite aujourd'hui avec d'autres personnes qui ont emménagé chez lui, ou chez lesquelles il a emménagé 0. non 1. oui	
		g. Le client ou son aidant principal estime que le client serait mieux dans un autre cadre de vie 0. non 1. le client seulement 2. l'aidant seulement 3. les deux	

	coder la réponse appropriée	✍	**cocher** toutes les réponses appropriées

P. UTILISATION DE SERVICES PROFESSIONNELS

1	SERVICES PROFES-SIONNELS	Intensité des soins durant les 14 derniers jours							
			(A) Nb de jours		(B) heures			(C) min	
	(NB MINUTES ARRONDIES A 10 MIN. PRES)	a. aide soignante							
		b. infirmière							
		c. aides ménagères							
		d. repas à dom.							
		e. bénévoles							
		f. kiné physioth.							
		g. ergothérapie							
		h. logothérapie (orthophonie)							
		i. centre ou hôpital de jour							
		j. assistant social (domicile)							

2	TRAITEMENTS THERAPIES ET PROGRAMMES SPECIAUX	Traitements spéciaux, thérapies et programmes reçus ou programmés durant les **14 derniers jours** (à domicile ou ailleurs), et adhésion du client (compliance). Coder 0. ne s'applique pas 1. programmé,adhésion partielle 2. programmé, adhésion complète 3. programmé, non reçu	
		TRAITEMENTS	
		a. traitement antialcoolique ou anti-drogue	a.
		b. transfusions sanguines	b.
		c. chimiothérapie	c.
		d. réadaptation cardiaque	d.
		e. respirateur à pression positive continue	e.
		f. dialyse péritonéale	f.
		g. dialyse rénale	g.
		h. surveillance par Holter	h.
		i. perfusion intraveineuse (centrale)	i.
		j. perfusion intraveineuse (périphérique)	j.
		k. injections de médicament	k.
		l. soins d'un orifice artificiel (stomie)	l.
		m. oxygénothérapie intermittente	m.
		n. oxygénothérapie permanente (extracteur)	n.
		o. oxygénothérapie permanente (autre)	o.
		p. radiothérapie	p.
		q. thérapie respiratoire	q.
		r. soins de trachéotomie	r.
		s. ventilateur	s.
		THERAPIES	
		t. exercices physiques	t.
		u. ergothérapie	u.
		v. kinésithérapie (physiothérapie)	v.
		w. thérapie respiratoire (y.c. aspiration, ventilation artificielle intermittente)	w.
		PROGRAMMES	
		x. centre de jour	x.
		y. hôpital de jour	y.
		z. séjour de suite	w
		aa. visite du médecin (ou consultation)	aa.
		bb. séjour temporaire (répit)	bb.
		PROCEDURES SPECIALES FAITES A DOMICILE	
		cc. surveillance quotidienne par infirmière (p. ex : ECG, production d'urine)	cc.
		dd. survellance par infirmière (pas chaque j.)	dd.
		ee. système d'alarme médicale électronique	ee
		ff. traitement de la peau	ff.
		gg. régime alimentaire spécial	gg.
		hh. autre	hh.

MDS-HC version 10 du 5 juin 1996
Copyright InterRAI Corporation, Washington D.C. 1994, 1996
traduction jndp du 10.11.96 / JCH HG 4/12/96

Tableau d'alarme

Instructions : comparez les réponses du Recueil de données (pour M. ou Mme X.) aux codes ci-dessous.
Encerclez tous les indicateurs que vous avez repérés.
Consultez les Instructions des protocoles de chaque domaine d'intervention signalé.

Légende :

● : Signe important. Aller directement aux Instructions du ou des protocoles.

○ : Signe ou symptôme potentiel. Aller aux Instructions du protocole pour des définitions plus détaillées.

Les dix huit protocoles

1 - État confusionnel aigu (delirium)
2 - Perte cognitive / démence
3 - Fonction visuelle
4 - Communication
5 - AVQ : potentiel de réadaptation fonctionnelle
6 - Incontinence urinaire/sonde à demeure
7 - Bien-être psychosocial
8 - Humeur
9 - Problèmes de comportement
10 - Occuptions
11 - Chutes
12 - État nutritionnel
13 - Alimentation par sonde
14 - Déshydratation /équilibre liquidien
15 - Soins dentaires
16 - Escarres
17 - Usage de médicaments psychotropes
18 - Contention physique

Rubrique	Code	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
B2 a ou b	1		○																
B3 a, b, c, d	moins de 3		○																
B4	0, 1, 2				○														
	1, 2, 3		○																
B5 a, b, c, d, e	chacun	●																	
B6	2	●													○				
C4	2,3				○														
C5	1, 2, 3		○																
	2,3				○	○													
C6	2	●																	
D1	1, 2, 3			●															
D2 a				●															
E1 a, b, c, d, e, f	3,4					○													
E3 a	3,4					○													
E4 a, b, d, e, h, j	chacun											○							
E7 a, b	chacun					○													
E8	2														○				
F1 b	2, 3, 4						○												
F3 b, c, d, f	chacun						○												
G2 a, b, c, d	chacun							●											
G3 b								●											
H1 a, b, c, d, e, f,	chacun								●										
H1 d															○				
H2	1								●										
H3 a, b, c ou d	1,2									●									
H6	2	○																	
H7	2	●																	
I2	0, 2, 3										○								
I5	1										●								
J1 ee															○				
J2	260, 261, 262												●						
	263, 263.0, 263.1												●						
	263.2, 263.8, 263.9												●						
	276.5														○				
	291 .0, 292.81	●																	
	293.0, 293.1	●																	
K1 b, c, f, h, n	chacun														○				
K2 a, b	chacun											●							
L1 c																●			
L2 c	1												●		○				
L3 a, d, e	chacun												●						
L3 b															●				
L3 c, e															○				
L4 a, b	chacun														○				
L4 a, c, d, e	chacun												●						
L4 b														●					
M1 a, c, d, e	chacun															●			
M1 f	inexistant															●			
N2	1, 2, 3, 4												●				●		
N4 c, d, e, f, g	aucun																○		
04 a, b, c	1-7									○		○						○	
P3 b, c ou d	1.2									○					_				●
													●						